

МЕТОДИКА

розрахунку тарифів

I. Загальні положення

1. Ця Методика визначає механізм розрахунку тарифів за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (далі – Програма), передбаченою Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення».

2. Терміни у цій Методиці вживаються у таких значеннях:
пролікований випадок – комплекс медичних послуг, що надається в умовах стаціонару та завершується вибуттям пацієнта зі стаціонару.

Інші терміни вживаються у значеннях, наведених в Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», Методиці розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування, затвердженій постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 року № 1075, інших

нормативно-правових актах України та спеціальних словниках понять і термінів Всесвітньої організації охорони здоров'я.

3. Тарифи розраховуються Національною службою здоров'я України (далі – НСЗУ) та подаються до Міністерства охорони здоров'я України (далі – МОЗ) щороку, виходячи з прогнозного обсягу видатків на Програму, переліку та обсягу медичних послуг, лікарських засобів за Програмою на відповідний бюджетний рік.

4. При розрахунку тарифів НСЗУ використовує такі дані у разі їх наявності: стратегічні напрями розвитку охорони здоров'я, дані електронної системи охорони здоров'я, дані епідеміологічного спостереження (поширеність хвороб та рівень захворюваності, причини передчасної смертності, тягар хвороб, поширеність факторів ризику), інформацію Національних рахунків охорони здоров'я та іншу статистичну інформацію, дані соціологічних та інших досліджень, в тому числі дані вибірових обстежень домогосподарств, середню референтну вартість медичної послуги, інші дані.

5. Тарифи можуть розраховуватись як окремі види ставок або як комбінація декількох ставок.

6. До тарифів, розрахованих за цією Методикою, застосовуються коригувальні коефіцієнти, що затверджуються в порядку, передбаченому законодавством.

7. Сума прогнозних обсягів видатків на оплату усіх видів медичних послуг за Програмою з урахуванням коригувальних коефіцієнтів не повинна перевищувати прогнозну суму бюджетних асигнувань на Програму на відповідний бюджетний рік.

II. Капітаційна ставка

1. Капітаційна ставка визначає середньозважений розмір оплати за медичне обслуговування одного пацієнта протягом визначеного періоду незалежно від кількості фактичних звернень пацієнта за медичною допомогою.

2. Розмір капітаційної ставки (KC) обчислюється за формулою:

$$KC = \frac{B_{kc}}{KP}, \text{ де:}$$

B_{kc} – прогнозний обсяг видатків за Програмою на оплату послуг відповідного виду протягом визначеного періоду незалежно від кількості фактичних звернень пацієнтів за медичною допомогою;

KP – прогнозна кількість пацієнтів, за медичне обслуговування яких сплачується відповідна капітаційна ставка у відповідному бюджетному році.

III. Ставка на пролікований випадок

1. Ставка на пролікований випадок визначає середньозважений розмір оплати за один пролікований випадок (далі – базова ставка).

2. Розмір базової ставки ($СПВ$) розраховується за формулою:

$$СПВ = \frac{B_{спв}}{K_{пв}}, \text{ де:}$$

$B_{спв}$ – прогнозний обсяг видатків за Програмою на оплату пролікованих випадків;

$K_{пв}$ – прогнозна кількість пролікованих випадків, що оплачується за Програмою у відповідному бюджетному році.

IV. Ставка на медичну послугу

1. Ставка на медичну послугу визначає середньозважений розмір оплати за окрему медичну послугу.

2. Розмір ставки на медичну послугу ($СМП$) розраховується за такою формулою:

$$СМП = \frac{Всмп}{Кмп}, \text{ де:}$$

$Всмп$ – прогнозний обсяг видатків за Програмою на оплату відповідних медичних послуг за Програмою;

$Кмп$ – прогнозна кількість відповідних медичних послуг, що оплачуються за Програмою у відповідному бюджетному році.

V. Глобальна ставка

1. Глобальна ставка передбачає фіксовану суму оплати за прогнозну кількість медичних послуг, що можуть бути надані протягом визначеного періоду.

2. Для розрахунку глобальної ставки враховуються тарифи, визначені цим наказом, або їх комбінація та прогнозний обсяг медичних послуг, що оплачуються за Програмою у відповідному бюджетному році. Розмір глобальної ставки ($ГС$) розраховується за формулою:

$$ГС = \sum_{i=1}^n КС_i \times КП_i \times \kappa_i + \sum_{i=1}^n СПВ_i \times Кпв_i \times \kappa_i + \sum_{i=1}^n СМП_i \times Кмп_i \times \kappa_i,$$

де:

κ_i – коефіцієнт, що відображає наявність медичної послуги за типом ставки, дорівнює одиниці, якщо медична послуга є або нулю – якщо немає;
 i – види медичних послуг за типом ставки.

VI. Ставка за результатами виконання договору про медичне обслуговування населення надавачем медичних послуг

1. Ставка за результатами виконання договору про медичне обслуговування населення надавачем медичних послуг (далі – ставка за результатами виконання договору) визначає розмір оплати за факт або ступінь досягнення кількісних або якісних показників медичного обслуговування за договором.

2. Ставка за результатами виконання договору (СД) застосовується додатково до інших ставок для мотивації надавачів медичних послуг підвищувати якість та доступність медичного обслуговування населення за договором та розраховується за формулою:

$$СД = КС_i \times \kappa_i + СПВ_i \times \kappa_i + СМП_i \times \kappa_i, \text{ де:}$$

κ_i – коефіцієнт, що відображає частку тарифу;

i – види медичних послуг, до яких застосовується ставка за результатами виконання договору про медичне обслуговування населення надавачем медичних послуг.

Генеральний директор

Директорату медичних послуг

О. Сухорукова